

¿Necesita que la Agencia le obtenga un intérprete para que le ayude en la entrevista? () sí () no Si dice que sí, ¿que idioma? _____	FOR OFFICE USE ONLY				
	Grantee Name				
Do you need the Agency to provide an interpreter to help you at the interview? () yes () no If yes, what language? _____	Grantee Client ID				
	Case Number				
قسم الخدمات العائلية تن يعرض بين اي شخص او مجموعة بسبب العرق او الجنس او المد أو العمر أو المنشأ أو اللون أو الطول أو الوزن أو الحالة العائلية أو المعتقدات السياسية أو الحالة الصحية. إن أردت المساعدة في القراءة والكتابة والسمع، الخ، فنحن ندعوك بموجب أحكام قانون الأمريكيين المعاقين بأن تبدي رغبتك واحتياجاتك لمكتب أقليمي تابع لخدمات العائلية في منطقتك.	County	District	Section	Unit	Worker

INFORMACION DEL SOLICITANTE. FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

1. Nombre (Primero, Segundo Nombre, Apellido)		2. Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		3. Número de Teléfono ()	
4. Domicilio de la Residencia (Número, Calle, Ruta Rural, No. de Apt.)		Ciudad	Condado	Estado	Zona Postal
5. Dirección Postal (Si Es Diferente de la de Arriba)		Ciudad	Condado	Estado	Zona Postal
6. Dirección Para Llegar a Su Casa					
7. Si alguien en su hogar usa un teletipo para sordos, entre el número TDD o TTY: ()		8. Nombre de la persona y número de teléfono donde usted puede ser localizado. Nombre (Primero, Apellido) Número de Teléfono ()			
9. ¿Está Ud. o su familia sin vivienda?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Usted y/o su familia tienen intenciones de quedarse en Michigan?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Usted y/o alguien en su hogar ha venido a Michigan buscando trabajo o con un compromiso de trabajo?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Desde agosto de 1996, se ha mudado usted aquí o recibido dinero o beneficios de otro estado (Asistencia de Dinero en Efectivo, Asistencia de Alimentos, Asistencia Médica, etc.)?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. Si contestó que sí, ¿cuál estado? _____ Condado: _____ ¿Cuándo se mudó? _____ No. del Trabajador: () _____					
14. Marque los Programas que está solicitando	<input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo (renta y otros gastos diarios de vivienda)		<input type="checkbox"/> Ayuda de Emergencia del Estado (corte de servicio público, aviso de evicción, u otra emergencia)		
	<input type="checkbox"/> Asistencia Médica (pagos a doctores, hospitales, recetas, primas de Medicare)		<input type="checkbox"/> Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC, pagos de cuidado infantil)		
	<input type="checkbox"/> Beneficios de Asistencia de Alimentos (FAP, comida)				
15. Si usted vive en un asilo o institución, escriba el nombre del asilo o institución:		Número de Teléfono ()		Fecha que espera salir:	
Dirección (Número, Calle, Ruta Rural, No. de Apt.)		Ciudad	Estado	Zona Postal	
16. Si tiene un guardián o conservador nombrado por la corte, escríbalo:		¿Paga Ud. los gastos del guardián/ conservador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Teléfono ()	
Domicilio (Número, Calle, Ruta Rural, No. de Apt.)		Ciudad	Estado	Zona Postal	
17. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido asistencia del Estado de Michigan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		18 - 27 Solamente para FAP		18. Si usted es elegible para Asistencia de Alimentos y quiere que alguien haga sus compras para usted, apunte el nombre del representante autorizado:	
19. Si ha recibido beneficios de Asistencia de Alimentos anteriormente, ¿todavía tiene la(s) tarjeta(s) "Bridge Card"?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. ¿Cuál es la cantidad total de bienes en EFECTIVO que pertenece a su hogar? (Incluya dinero en efectivo, cuenta bancaria, o de ahorros, bonos de ahorro, etc.) \$ _____		21. ¿Cuál es el INGRESO total de su hogar que recibirá este mes? (Incluya ingresos, beneficios de desempleo (UCB), sostenimiento para niños, Seguro Social, etc.) \$ _____			
22. ¿Cuál es la cantidad mensual que paga por su renta e/o hipoteca? \$ _____		23. ¿Ud. paga por la calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no paga por calefacción, marque las utilidades que paga <input type="checkbox"/> electricidad (no para calefacción) <input type="checkbox"/> agua/alcantarillado <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> gas para cocinar <input type="checkbox"/> basura			
24. ¿Hay alguien en su hogar que es trabajador migratorio o temporal? En caso que SI, favor de contestar las preguntas 25 a 27. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es NO, pase al 28.		25. ¿Hay alguien en su hogar que ha recibido ingresos este mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es SI, ¿Cuánto? \$ _____ ¿Cuándo? _____			
26. ¿Perdió su hogar recientemente su única fuente de ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso que SI, ¿Cuándo? _____		27. ¿Alguien en su hogar espera recibir ingresos en este mes? En caso que SI, ¿Cuánto? \$ _____ ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Algún préstamo de viaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
28. Si usted está solicitando para otra persona, complete la siguiente información:		Parentesco		Número de Teléfono	
Nombre (Primero, Segundo Nombre, Apellido)				()	
Domicilio (Número, Calle, Ruta Rural, No. de Apt.)		Ciudad	Estado	Zona Postal	

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS ANOTADAS ABAJO

- **Anótese usted primero y luego todas las otras personas que viven en el hogar o que están temporalmente ausente de su hogar.**
- **Si usted está solicitando para un paciente en un asilo, anote primero el paciente, y luego (el/la) esposo(a) del paciente y otros dependientes en el hogar, si hay.**

Indique la descendencia racial de esta persona según los códigos más abajo. Si usted es multiracial, puede entrar todos los códigos que aplican. (La contestación es voluntaria.)

W = Blanco I = Indio Americano
 B = Negro A = Nativo de Alaska
 S = Asiático P = Nativo de Hawaii o Isleño Pacífico

Marque la caja de abajo si usted es Hispano o Latino. (La contestación es voluntaria.)

No. de Línea	NOMBRE (Primero, Segundo, Apellido)	¿Quiere beneficios para esta persona?		Parentesco a usted	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Número de seguro social para los que están solicitando asistencia	Ciudadano de E.U. Sí o No	Sexo M o F		
		Sí	No							
1				Ud. mismo						<input type="checkbox"/>
2										<input type="checkbox"/>
3										<input type="checkbox"/>
4										<input type="checkbox"/>
5										<input type="checkbox"/>
6										<input type="checkbox"/>
7										<input type="checkbox"/>
8										<input type="checkbox"/>

2. ¿Es alguna persona de las anteriores menos de 18 años y padre de un niño anotado? Sí No ▶ Si es sí, entre lo siguiente:
 Nombre de persona: _____ Nombre de niño: _____
3. ¿Hay algún niño anotado arriba menos de 3 meses de edad? Sí No ▶ Si es sí, entre lo siguiente:
 Nombre de niño: _____ Nombre de madre: _____

4. Alguna persona es:	Sí	No	Si es sí, ¿Quién?	¿Quién?	¿Quién?	¿Quién?
Asistiendo (a la) escuela						
Incapacitado, ciego o sin poder trabajar						
Cuidando a un niño o esposo incapacitado						
Refugiado						
Trabajador migratorio						
Embarazada				Fecha de alivio		Fecha de alivio
¿Esperando a más de un niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, ¿cuántos? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, ¿cuántos? _____

5. ¿Hay alguien en el hogar aparte del padre actuando como padre de una persona menor de 21 años de edad? Sí No Si es sí, anote el nombre de la persona: _____ y nombre del niño: _____

6. Complete la información para cada solicitante que NO es Ciudadano de E.U. Envíe una copia del documento que provee el estado legal de la persona.	Nombre y fecha de entrada a los E.U.	Nombre y fecha de entrada a los E.U.	Nombre y fecha de entrada a los E.U.	Nombre y fecha de entrada a los E.U.

7. ¿Hay alguien en su hogar que es extranjero patrocinado para admisión en E.U.? Sí, ¿Quién? _____ No

EMPLEO Y ENTRENAMIENTO

	Sí	No	Si es sí, ¿quién?
8. ¿Hay alguna persona participando en una huelga?			
9. ¿Empezará una persona un trabajo antes del fin del mes siguiente?			
10. ¿En los últimos 60 días alguien ha: rechazado un trabajo, reducido el número de horas de trabajo, dejado un trabajo, temporalmente despedido o ha sido despedido?			

INFORMACION ADICIONAL

	Sí	No	Si es sí, ¿quién?
11. ¿Es una persona veterano(a) de fuerzas armadas de E.U. o viuda(o), esposa(o), hijo(a) o padre de un veterano(a) de E.U.?			
12. ¿Es alguna persona fugitiva de una felonía? (la contestación es voluntaria si sólo está aplicando para Asistencia Médica)			
13. ¿Hay alguna persona que ha sido convicta de una felonía por la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada (drogas) ocurriendo después de 22 de Agosto 1996? (contestación es voluntaria si sólo está aplicando para Asistencia Médica)			
14. ¿Tiene alguno de los solicitantes esposo o esposa que vive en otro lugar?			
15. ¿Están al día con sus vacunas (inyecciones) todos los niños menores de 6 años?			Si es no, ¿quién no es?
16. ¿Recibe usted o cualquier persona en su hogar alimentos de la tribu?			Si es sí, ¿quién?

No. Linea	Anotar el estado civil de esta persona usando los códigos siguiente: M — Casado N — Nunca Casado D — Divorciado S — Separado W — Viudo	¿Cada persona en el hogar compra, prepara o come con la persona en #1? Sí No	¿Cuál fue el último grado de estudios que termino esta persona? (Use 13, 14, etc. para los años de estudios después de preparatoria.)	Conteste estas preguntas para cada persona menos de 21 años.													
				A Anotar el nombre del padre de esta persona. Nombre	B ¿Está el padre de esta persona en el hogar? Sí No		C Si B es NO, ¿está muerto el padre de esta persona? Sí No		D Si B y C son NO, ¿estaban los padres casados? Sí No		E Si B, C & D son NO, ¿fue la paternidad legalmente establecida? Sí No		F Anotar el nombre de la madre de esta persona. Nombre		G ¿Está la madre de esta persona en el hogar? Sí No		H Si G es NO, ¿está muerta la madre de esta persona? Sí No
1		Ud. Mismo															
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	

17. Si usted necesita, o si actualmente paga por, servicios de cuidado de niños, marque porque y explique. Trabajo Terminar la preparatoria Razones de salud/sociales Michigan Works Agency! (MWA) u otra educación o entrenamiento aprobada (incluyendo estudios universitarios o vocacionales)

Si está solicitando solamente para Asistencia de Alimentos, no complete la sección D o G.

A. Nombre del niño necesitando cuidado	B. Edad	C. Costo de cuidado y frecuencia de pago	D. ¿Es el proveedor familiar del niño? ¿Cómo?	E. Nombre y dirección del proveedor	F. Número de teléfono del proveedor	G. Número de ID del proveedor

18. ¿Es el cuidado provisto en el hogar donde vive el niño? Sí No

19. ¿Es usted un padre adoptivo temporal de un niño necesitando cuidado? Sí No Si es sí, ¿Quién?

INGRESO DE EMPLEO

20. ¿Hay alguna persona empleado o trabajando por cuenta propia, incluyendo trabajos diversos? Sí No

Si es sí, y está trabajando por cuenta propia, complete la Sección 21. Todas las otras respuestas que son sí, complete el ingreso ganado en la página 4. Incluya el ingreso de todos los miembros en el hogar.

TRABAJO POR CUENTA PROPIA

21. Nombre de la persona trabajando por cuenta propia	22. Ingreso mensual bruto, menos deducciones permitidas de impuestos federales (no se permite DEPRECIACION)	23. ¿Se ofrece seguro de salud en su negocio?	Si es Sí, anote la cantidad de prima mensual, aunque usted no esté cubierto por el seguro.	24. Tipo de negocio
	\$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶	
	\$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶	

INGRESO GANADO: (Conteste Todas Las Preguntas)

Nombre de la persona con ingresos		Primer fecha de trabajo	¿Continuará el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le ofrecen seguro de salud en su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, ▶ Anote la cantidad de primas mensuales aunque \$ no esté cubierto por el seguro		
Nombre del empleador		Sueldo mensual antes de impuestos. \$ _____ (propinas incluidas)	Sueldo mensual después de impuestos. \$ _____ (propinas incluidas)	
Promedio de horas por semana	¿Cada cuándo le pagan? (plazo del periodo del pago) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada otra semana <input type="checkbox"/> Otro	Día de pago	Último día de pago	Cant. de último cheque \$ _____
Indice de pago \$ _____ Hora \$ _____ Salario \$ _____ Otro		¿Propinas/bonos recibidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Propinas incluidas en los ingresos brutos en el talón del cheque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cant. promedio de propinas \$ _____ / hora \$ _____ / semana

Nombre de la persona con ingresos		Primer fecha de trabajo	¿Continuará el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le ofrecen seguro de salud en su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, ▶ Anote la cantidad de primas mensuales aunque \$ no esté cubierto por el seguro		
Nombre del empleador		Sueldo mensual antes de impuestos. \$ _____ (propinas incluidas)	Sueldo mensual después de impuestos. \$ _____ (propinas incluidas)	
Promedio de horas por semana	¿Cada cuándo le pagan? (plazo del periodo del pago) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada otra semana <input type="checkbox"/> Otro	Día de pago	Último día de pago	Cant. de último cheque \$ _____
Indice de pago \$ _____ Hora \$ _____ Salario \$ _____ Otro		¿Propinas/bonos recibidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Propinas incluidas en los ingresos brutos en el talón del cheque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cant. promedio de propinas \$ _____ / hora \$ _____ / semana

Nombre de la persona con ingresos		Primer fecha de trabajo	¿Continuará el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le ofrecen seguro de salud en su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, ▶ Anote la cantidad de primas mensuales aunque \$ no esté cubierto por el seguro		
Nombre del empleador		Sueldo mensual antes de impuestos. \$ _____ (propinas incluidas)	Sueldo mensual después de impuestos. \$ _____ (propinas incluidas)	
Promedio de horas por semana	¿Cada cuándo le pagan? (plazo del periodo del pago) <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada otra semana <input type="checkbox"/> Otro	Día de pago	Último día de pago	Cant. de último cheque \$ _____
Indice de pago \$ _____ Hora \$ _____ Salario \$ _____ Otro		¿Propinas/bonos recibidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Propinas incluidas en los ingresos brutos en el talón del cheque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cant. promedio de propinas \$ _____ / hora \$ _____ / semana

OTROS INGRESOS:

Hay alguien que recibe dinero de:	Sí	No	Si es Sí, ¿quién recibe?	Cantidad mensual	Reclamación #	Si es Sí, ¿quién recibe?	Cantidad mensual	Reclamación #
Beneficios de Seguro Social (RSDI)								
Ingreso de Seguro Suplementario - (SSI)								
Beneficios de Veteranos								
¿Cada cuándo le pagan? W = Semanal M = Mensual T = Dos Veces al Mes E = Cada Otra Semana O = Otro					¿Cada cuándo le pagan?			¿Cada cuándo le pagan?
Compensación de Trabajadores								
Beneficios de Incapacidades								
Sostenimiento para Niños								
Compensación de Desempleo								
Beneficios de Retiro								
Asignación Militar								
Distribución de Juego (Ganancia de Juego Casino)								
¿Existen otras entradas? Por favor indique								

Si usted está solicitando Asistencia de Alimentos (FAP) o Desarrollo y Cuidado Infantil solamente, no complete esta página.

BIENES: Complete esta sección proporcionando la información de bienes incluyendo los que se tienen conjuntamente.

¿Tiene alguna persona cualquiera de los siguientes?:	Sí	No	Nombre(s) en la cuenta	Nombre y dirección del banco, credit union, ahorro y préstamo	Número de la cuenta	Balance
• Cuentas de Cheque/Giro						
• Cuentas de Mercado Monetario						
• Cuentas de Ahorro/Share						
• Certificados de Depósito (C.D.)						
• Cuentas de Christmas Club						
• Fondo Fiduciario de Paciente						

¿Tiene alguna persona cualquiera de los siguientes?:	Sí	No	Si es Sí, anote cantidad/valor	Propietario(s)	Si es Sí, anote cantidad/valor	Propietario(s)
• Dinero en efectivo o en caja de depósito						
• Propiedad (no incluye lugar donde vive) incluyendo productora y no productoras de entrada						
• Hipoteca, Contrato de Tierra u otras notas pagables a miembro del hogar						
• Bonos de Ahorro, Acciones o Fondos Mutual						
• IRA, KEOGH, 401K o Cuenta(s) de Compensación Diferida						
• Fondos Fiduciarios (Trust Funds)						
• Herencia de propiedad de Vida (Life Estate)						
• Herramientas y Equipo, Ganado o Cultivos						
• Seguro de Vida o Anualidad						
• Parcela de Entierro(s), Ataúd, etc.						
• Fondos para Entierro/Contrato(s) de Funeral						
• ¿Hay cualquier otros bienes? Por favor indique.						

INFORMACION DE BIENES ADICIONALES

<p>¿Hay alguna persona que ha vendido o regalado propiedad, tierras, vehículos, acciones, bonos, ahorros, efectivo, cheques, ingresos, etc., o ha cerrado una cuenta o ha quitado o agregado un nombre en cualquier bien dentro de los últimos 36 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿Quién? _____</p>	<p>¿Ha recibido usted o alguien viviendo con usted, un pago único en efectivo (tal como compensación de trabajo, ganancia de lotería, demanda de seguro, decisión judicial, etc.) dentro de los últimos 36 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿Quién? _____</p>
<p>¿Tiene usted o cualquier persona viviendo con usted, un juicio pendiente que pueda traerle dinero, propiedad, etc.?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿Quién? _____</p>	<p>¿Usted, o alguien viviendo con usted, o alguien actuando por un miembro en su hogar, ha puesto dinero, arreglo de la demanda, ingreso o bienes en un fondo de inversión, anualidad o asunto legal similar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿Quién? _____</p>

INFORMACION DE VEHICULOS — Anote todos los vehículos poseídos o con título en el nombre de cualquier persona viviendo en el hogar. Incluya los vehículos con la propiedad conjunta.

Nombre de los dueños de vehículos (Según indicado en el título de vehículo o registro)	Tipo de Vehículo	Año	Marca/Modelo	Cantidad que debe

GASTOS DEL HOGAR (VIVIENDA)	Sí	No	Cantidad pagada por mes	INFORMACION MEDICA	Sí	No	Cantidad que Ud. paga por mes
1. ¿Tiene alguna persona pago de renta, hipoteca u otros gastos del hogar?				13. ¿Tiene alguna persona cualquier de los siguientes gasto médicos?			
2. ¿Tiene alguna persona una segunda hipoteca o préstamo de equidad como parte de sus gastos de vivienda?				• Atención médica o dental			
3. ¿Vive Ud. en una casa de HUD, Sección 8, o MSHDA subsidiada?				• Recetas médicas			
4. ¿Tiene los gastos siguientes aparte de la renta o hipoteca?				• Medicinas sin recetas			
• Seguro del propietario			por año	• Hospitalización o cuidado en un asilo			
• Impuestos de la propiedad			por año	• Dentadura postiza/audifono/lentes			
• Seguro garantizado de la hipoteca				• Prótesis			
• Honorarios de la cooperativa/condominio/o asociación				• Perro de guía para ciegos o sordos			
• Cálculos especiales				• Transporte para atención médica			
• Seguro de la renta			por año	• Cuidado personal/Servicios domésticos			
• Renta del lote de la casa móvil				14. ¿Hay alguna persona cubierta o fue cubierta en los últimos 3 meses por:	Sí	No	Si es Sí, anote la prima mensual pagada por Ud.
5. ¿Ud. o alguien en su hogar comparten los gastos de la vivienda?				• Medicare			
6. ¿Su contador de calefacción o utilidades sirve más de un hogar?				# de Reclamo _____			
GASTOS DE CALEFACCION Y UTILIDADES	Sí	No	Cantidad que Ud. paga por mes	• Un plan de salud del empleador			
7. ¿Tiene los gastos siguientes aparte de la renta o hipoteca?				• Un seguro de salud u hospital además de Medicaid			
• Calefacción (gas, electricidad, propano, leña, etc.)				• Me gustaría más información acerca de la opción de aseguranza patrocinada por el empleador de AMP			
• Electricidad (no para calefacción)				No completa los artículos 15-22 si está solicitando por FAP Solamente.			
• Agua/Alcantarillado				15. ¿Tiene alguna persona gastos médicos por servicios provistos en los últimos 3 meses que no han sido pagados ?	Sí	No	Si es Sí, ¿Quién?
• Teléfono				16. ¿Paga alguna persona por el transporte para recibir cuidado médico para el embarazo o algún problema médico actual?			
• Gas para cocinar				17. ¿Hay alguna persona que va a un programa de tratamiento alcohólico o de drogas?			
• Recolección de basura				18. ¿Hay alguna persona que ha hecho un plan o entrado en un contrato, tal como cuidado de la vida que pague por su cuidado médico?			
• Otro (anótela):				19. ¿Ha tenido una persona un accidente o una enfermedad o daño relacionado con el trabajo resultando en gastos que se pueden pagar por otra persona o compañía de seguro?	Sí	No	Si es Sí, ¿Quién?
8. ¿Cualquier persona recibe o espera recibir un crédito por calefacción del Michigan Department of Treasury?				20. ¿Hay alguien quien ha aplicado por beneficios de la Social Security Administration?			
OTROS ARREGLOS DE VIVIENDA	Sí	No	Cantidad que Ud. paga por mes	21. Si contestó que sí a la pregunta anterior, conteste las preguntas (a-d).	Sí	No	Si es Sí, ¿Cuándo?
9. ¿Ud. le paga a alguien con quien vive por:				a. ¿Se le ha negado beneficios de SSI porque la Social Security Administration decidió que el/ella no está incapacitado(a)?			
• Renta y comidas				b. Si contestó que sí a la pregunta a, ¿se ha apelado la decisión negada de SSI?			
• Renta solamente				c. Si contestó que sí a la pregunta a, ¿ha cambiado la condición de salud de esta persona?			
• Comidas solamente				d. Si contestó que sí a la pregunta c, marque el cambio apropiado			
10. ¿Vive Ud. en una casa de huéspedes?				<input type="checkbox"/> Impedimento diferente			
11. ¿Vive Ud. en un(a):				<input type="checkbox"/> Impedimento adicional			
• Centro para el abuso de drogas o alcohol				<input type="checkbox"/> Impedimento empeorado			
• Casa de Cuidado adoptivo temporal para adultos				22. ¿Hay alguien que haya asistido o que está ahora asistiendo una clase de educación especial?	Sí	No	Si es Sí, ¿Quién?
• Casa para ancianos							
• Enfermería del condado							
• Refugio para mujeres abusadas							
• Refugio de emergencia							
OTROS GASTOS	Sí	No	Cantidad que Ud. paga por mes				
12. ¿Alguna persona paga sostenimiento para niños o pensión ordenado por la corte?							
Si es sí, ¿Quién paga?							

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Pagos de Sostenimiento.

Yo entiendo que, como condición de elegibilidad para el Programa de Asistencia en Efectivo, estoy asignando a Family Independence Agency cualquier derecho para sostenimiento que pueda tener de otra persona para mí o cualquier persona para quien estoy solicitando o recibiendo asistencia. Esta asignación incluye derechos de sostenimiento del presente y futuro, así como sostenimiento que me estén debiendo de períodos pasados. Tales pagos serán usados para reembolsar a la Agencia hasta la cantidad de asistencia concedida.

Recobrar los Gastos Médicos.

Entiendo que cuando Michigan Department of Community Health (MDCH) paga los gastos de servicios de hospital, operación, o médico, cualquier derecho para recobrar gastos de una tercera persona o contrato público o privado, menos el Medicare, es transferido al MDCH. Pago de cualquier cantidad recobrada bajo dicho derecho se hace directamente al State of Michigan — MDCH.

Pagos de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI).

Autorizo a la Social Security Administration que haga mi primer pago del Supplemental Security Income (SSI) a Family Independence Agency (FIA), si yo presento una solicitud para SSI dentro de un año de la fecha que FIA recibe esta solicitud. Además, permito a FIA que rebaje de dicho primer pago una cantidad que sea suficiente para reembolsar mi asistencia ínterin. Después de guardar tal cantidad, FIA puntualmente pagará el balance, si hay, a mí. Entiendo que tengo el derecho a una audiencia de FIA si no estoy de acuerdo con la cantidad rebajada del primer pago. Asistencia ínterin quiere decir dinero de Asistencia del Estado para Incapacitados pagado para cubrir mis necesidades básicas, excepto pagos de asistencia financiados en completamente o en parte con fondos federales, mientras está pendiente mi solicitud de SSI. Si recibo el primer pago de beneficios de SSI directamente, estoy de acuerdo de pagarle a FIA puntualmente cualquier asistencia ínterin duplicada que fue adelantada mientras estaba pendiente la solicitud de SSI. Este permiso **no** se considerará por la Social Security Administration (SSA) como intento de que voy a solicitar SSI a menos que en realidad solicite SSI, en una forma designada, dentro de 60 días.

AUTORIZACION DE PERMISOS

Información de Social Security.

Autorizo a la Social Security Administration dar a Family Independence Agency toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad a beneficios bajo el Programa de Asistencia en Efectivo, Medicaid, Asistencia de Alimentos, Desarrollo y Cuidado Infantil, Asistencia del Estado para Incapacitados, o programas médicos del estado, hasta el segundo mes después de la fecha de vencimiento de mi elegibilidad basado en la solicitud actual.

Información de Pagos de Sostenimiento para Niños.

Autorizo a Michigan Child Support Enforcement System a compartir información de pagos de sostenimiento para niños de mi o de cualquier otra persona para quienes estoy solicitando o recibiendo asistencia bajo los programas de Programa de Asistencia en Efectivo, Medicaid, Asistencia de Alimentos, Desarrollo y Cuidado Infantil, Asistencia del Estado para Incapacitados o programas médicos del estado.

Grupos de Caridad.

Autorizo a la Agencia que dé mi nombre, el primer nombre(s) y edad(es) de los niño(s) viviendo conmigo, y mi domicilio cuando sea pedido por un grupo caritativo cuyo propósito es proveer mercancías o servicios a mi hogar. El grupo debe ser conocido a los empleadores de FIA por su trabajo caritativo. La información dada al grupo no puede ser usada para razones personales, políticas, comerciales o religiosas.

Desarrollo y Cuidado Infantil.

Autorizo a la Agencia a mandar avisos y/o proveer información a mi cuidador(es) de niño cuando: 1) los servicios de cuidado de niño han sido autorizados, o 2) cuando hay cambios en la información de la autorización previamente dada al cuidador, o 3) mi solicitud para los servicios de Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC) es negada o cancelada, o 4) mi caso de CDC es cancelado. También autorizo a la Agencia o cualquier guardería que pueda proveer cuidado a mi(s) niño(s) de compartir la información necesaria para determinar mi derecho a beneficios bajo cualquier programa local, estatal o federal.

Información de Elegibilidad.

Entiendo que la información que he dado será usada para averiguar si mi hogar es elegible para beneficios de Asistencia de Alimentos, otros programas de asistencia federal y del estado, y programas del estado asistidas federalmente como los almuerzos escolares, Programa de Asistencia en Efectivo, y Medicaid. La participación fraudulenta en el Programa de Asistencia de Alimentos puede resultar en acciones criminales o civiles o reclamaciones administrativas. Entiendo que esta solicitud puede ser escogida para más investigación de la Agencia.

JURAMENTO

Certifico, bajo castigo de perjurio, que toda la información que he escrito en esta forma o le he dicho a un especialista es verdad. Entiendo que puedo ser procesado(a) por perjurio si intencionalmente he dado información falsa. También sé que me pueden pedir pruebas de cualquier información que he dado. También sé que si intencionalmente he omitido cualquier información o si he dado información falsa, que me cause recibir asistencia a la cual **no** tengo derecho o más asistencia de la cual tengo derecho, puedo ser procesado(a) por fraude y/o requerido a reembolsar la cantidad recibida incorrectamente.

IMPORTANTE: TIENE QUE FIRMAR ESTA SOLICITUD

Certifico que he recibido y he revisado una copia de los Declaraciones, que explican información adicional sobre la solicitud y recibo de los beneficios de asistencia.

Firmas: Cliente o Representante	Fecha	Agency Witness (when in-person interview completed)	Load #	Date
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Firma del Reclutador de Migrante	Fecha	Migrant Recruiter Address		

FAVOR DE GUARDAR ESTA PAGINA.

INFORMACION SOBRE MEDICAID

Las reglas pueden haber cambiado después de la impresión. Comuníquese con su oficina FIA local.

El Medicaid ayuda a la gente a pagar por el cuidado médico. Una persona puede tener Medicare, Seguro de Salud, y Medicaid. Medicaid puede ayudar con gastos no pagados por Medicare o seguro de salud. Si usted necesita ayuda con gastos médicos atrasados, no pagados, su cobertura puede empezar tres meses antes de su solicitud.

Coordinación de cuidado de salud y beneficios de participantes en programas de asistencia medica.

El programa de Asistencia Medica Estatal depende en un gran número de programas manejados para cuidado de la salud, salud mental y programas de abuso de sustancias, y proveedores privados para entregar cuidado de calidad a beneficiarios como usted. Para asegurar un nivel de alta calidad y coordinación de cuidado y beneficios, proveedores en el programa pueden compartir información sobre su cuidado (o su niño o pupilo) con otros proveedores en el programa cuando cual información y consultación es indicado clínicamente.

Recibiendo Servicios de Medicaid

Usted debe informar todos sus proveedores (doctores, hospital, farmacia, etcétera) que usted ha solicitado para Medicaid antes de que usted reciba cualesquiera nuevos servicios médicos. No todos proveedores aceptan Medicaid. Escoga un proveedor quien acepta Medicaid.

Usted debe dar a sus proveedores médicos una copia de su tarjeta de mihealth o aviso de aprobación tan pronto como se reciba. Este aviso informa cuando empezó su elegibilidad. Sus proveedores necesitan esta información para recibir pago pronto para los servicios médicos provistos a usted. Esta información también es necesaria para hacerle un reembolso si usted paga por un servicio cubierto por Medicaid entre la fecha que usted archiva una solicitud de audiencia administrativa de Family Independence Agency después de una negación incorrecta de Medicaid y la fecha que su Medicaid es aprobada de resultado de su solicitud de audiencia.

Podíamos aprobar Medicaid hasta 3 meses antes que usted aplicó. Si lo hacemos, pida a sus proveedores que cobren a Medicaid por cualesquiera servicios cubiertos que usted recibió durante aquellos meses. Si usted pagó para cualquier de estas cuentas antes de que usted recibió su aviso de aprobación, pídale a sus proveedores de salud si le pueden reembolsar su dinero y cobrar a Medicaid. Proveedores no son requeridos hacer esto, pero muchos lo harán.

Sus proveedores tienen que someter sus cuentas a Medicaid dentro de doce (12) meses después de la fecha que usted recibió los servicios. Si se esperan más de doce (12) meses, tal vez Medicaid no pague la cuenta a no ser que la tardanza del cobro fue por la razón que usted tuvo que archivar un apelación para recibir beneficios de Medicaid.

Quien Puede Recibir Medicaid

- a. Un recipiente del Programa de Asistencia en Efectivo (FIP).
- b. Un recipiente de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI).
- c. Cualquiera que sea económicamente elegible y:
 - menor de 21 años,
 - embarazada,
 - 65 años de edad o mayor,
 - ciego o incapacitado, o
 - padre o parientes íntimos viviendo con un niño. El niño debe tener menos de 18 años de edad, o 18 o 19 años estando en la preparatoria tiempo completo y esperando graduarse antes de los 20 años de edad.

Bienes

Hay un límite de bienes para las categorías de Medicaid que son basadas por la edad (65 años o más), incapacidad o ciego. Bienes contables deben ser en o por debajo del límite de bienes por lo menos parte de cada mes en que se pide Medicaid. Si sus bienes son más del límite de bienes, usted puede ser elegible para Medicaid si usa el exceso de sus bienes para pagar algunas de sus gastos médicos, gastos de vivienda, u otros gastos. Se le podrá pedir a verificar cuando y para que propósito usó usted el exceso de sus bienes.

Ingresos

El ingreso sea comparado con un complemento de ingreso basado en el tamaño de la familia. El complemento varía por todo de Michigan. Si su ingreso mensual es más alta del complemento, ayuda podrá estar disponible dependiendo de sus gastos médicos.

Publicaciones de Medicaid

Además de ser elegible económicamente, una persona debe cumplir con otros requisitos, tales como ser un residente de Michigan y proveer un número del seguro social. Para más información sobre el ingreso, bienes y otros requisitos, pregunte por la(s) publicación(es) apropiada(s) anotada en la próxima página.

FAVOR DE GUARDAR ESTA PAGINA.

PUBLICACIONES

Si usted quisiera información sobre FIP, pida el siguiente publicación:

- FIA Publicación 179-SP - Programa de Asistencia en Efectivo.

Si usted quisiera información sobre beneficios de Asistencia de Alimentos, pida el siguiente publicación:

- FIA Publicación 16-SP - Beneficios de Asistencia de Alimentos en Michigan.

Si usted quisiera información sobre Medicaid, pida los siguientes publicaciones:

- MSA Publicación 141-SP - Hechos Sobre Medicaid: explica las reglas básicas de elegibilidad de Medicaid.
- MSA Publicación - Healthy Kids Free Health Care Coverage for Pregnant Women, Babies, and Children: explica la cobertura para las mujeres embarazadas y niños. (No está disponible en Español.)
- DCH Publicación 726 - Nursing Home Eligibility: explica la elegibilidad para pacientes que están en asilos. (No está disponible en Español.)
- MDCH Publicación 769 - Get the most out of life by getting the most out of health care: explica la elegibilidad para los Programas de Descuentos de Medicare. (No está disponible en Español.)
- MSA Publicación 617-SP - Información de Gasto Mínimo para Medicaid: explica el proceso del gasto mínimo basado en su ingreso.

Si usted quisiera información sobre Child Development and Care, pida los siguientes publicaciones:

- FIA-Publicación 798-SP - Michigan Cuida al Niño de Hoy (Today's Child)
- FIA-Publicación 836-SP - 4 Pasos Para Escoger un Cuidado Infantil de Calidad - Una Lista Para Los Padres
- FIA-Publicación 230 - Provider Handbook and Reporting Instructions for Child Care Providers (No está disponible en Español.)

Si usted quisiera información para establecer la paternidad (establecer un padre legal por un niño nacido a una madre soltera) o servicios de sostenimiento para niños, pida los siguientes publicaciones:

- FIA-Publicación 780-SP - Lo Que Cada Padre Debe Saber Sobre Estableciendo la Paternidad
- FIA-Publicación 865-SP - Prueba de Paternidad de ADN: Preguntas y Respuestas
- FIA-Publicación 748-SP - Entendiendo qué es el Sostenimiento para Niños. Una Guía para los Padres

BENEFICIOS DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS — PROCESO DE 7 DIAS

Las personas en su hogar pueden calificar para el proceso de 7 días de su solicitud para Asistencia de Alimentos. Este servicio rápido es disponible si:

- Usted tiene menos de \$150 de ingreso bruto por mes y menos de \$100 en bienes líquidos (dinero en efectivo, cuentas de cheque o de ahorros, certificado de ahorros), **o**
- Su ingreso bruto combinado y bienes líquidos son menos que su renta mensual y/o pago de hipoteca más calefacción y utilidades, **o**
- Usted es un trabajador migratorio o trabajador agrícola temporal **desprovisto*** con menos de \$100 en bienes líquidos.

***Desprovisto** quiere decir que sus ingresos **han parado** antes de la fecha de su solicitud, o su ingreso **ha comenzado** pero usted espera recibir no más de \$25 dentro de los próximos 10 días.

Si las personas en su hogar califican para el proceso de 7 días, usted necesita:

- participar en una entrevista, **y**
- proveer prueba de su identidad, **y**
- completar todo el proceso de la solicitud.

Para seguir recibiendo beneficios de Asistencia de Alimentos, se le pedirá proveer prueba de otra información, tal como ingreso, residencia, etcétera. Si usted puede proveer éstas pruebas hoy, quizás le puedan dar un período más largo de beneficios de Asistencia de Alimentos.

MAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS

Usted puede renunciar a una entrevista personal y reemplazarla por una entrevista telefónica, si existen dificultades en su hogar. Estas condiciones de dificultades incluyen, pero no se limitan a: enfermedad, dificultades de transporte u horas de trabajo lo cual previene a la participación de una entrevista en la oficina. Contacte a su especialista si usted cree que una entrevista telefónica es necesaria.

Para recibir una deducción por los siguientes gastos, usted debe reportar y probar cualquier verificación requerida a su Especialista de:

- Gastos de Cuidado de Niños
- Renta o pago de hipoteca
- Gastos médicos

FAVOR DE GUARDAR ESTA PAGINA.

- Gastos de calefacción o utilidades u otros gastos de vivienda
- Gastos de sostenimiento para niños pagado a un miembro que no pertenece al hogar

Falta de reportar o verificar cualquiera de los gastos anotados anteriormente será entendido como una declaración por todos en su hogar que usted **no** desea recibir una deducción por los gastos no reportados. Si su calefacción es incluida en su renta, y usted recibe o espera recibir el Crédito para la Calefacción del Hogar (Home Heating Credit) y usted **no** completa pregunta 7 en la página 6, esto indicará que usted no desea recibir una deducción por gastos de calefacción.

REQUISITOS DE TRABAJO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS (FAP)

La sección siguiente describe los requisitos de trabajo para hogares que reciben FAP-solamente. Un recipiente de FAP-solamente no tiene que participar en actividades relacionadas al trabajo a menos que está recibiendo Programa de Asistencia de Alimentos de Plazo Limitado (vea al último párrafo).

Adultos que están trabajando y que no son diferidos o no tiene buena causa (vea más abajo) no puede:

- Dejar voluntariamente un trabajo de 20 horas o más por semana.
- Voluntariamente reducir las horas del empleo de bajo de 30 horas por semana.
- Estar despedido de un trabajo por mala conducta o el ausentismo (a excepción de incompetencia).

Nota: Una penalidad no aplica si la persona deajo su trabajo, o se le reducio las horas o si el despido fue más de 30 días antes de su fecha de solicitud para FAP.

Adultos que no están trabajando o están trabajando menos de 30 horas por semana (a menos que estén diferidos) deben:

- Aceptar una oferta de empleo legitima.
- Participar en las actividades relacionadas al empleo que se requieren de un individuo para recibir compensación de desempleo.

Se puede reducir o terminar su FAP si un adulto en su hogar no cumple con cualquiera de estos requisitos de trabajo sin buena causa. La primera vez que usted no cumple, quitarán al adulto de su grupo de FAP por un mes o hasta que el / ella cumpla con los requisitos de trabajo, cualquier plazo que sea más largo. Después de la primer vez, quitarán al adulto de su grupo de FAP por seis meses o hasta que el /ella cumpla con los requisitos o cualquier plazo que sea más largo.

Nota: Si usted recibe beneficios del Programa de Asistencia de Alimentos (FAP) además del Programa de Asistencia en Efectivo (FIP), usted debe cumplir con los requisitos de trabajo para el programa de FIP.

Criterios de Aplazamiento y Buena Causa

Los requisitos del trabajo no se aplican a usted si usted es diferido. Usted puede ser diferido si usted es/está:

- Menos de 16 años o de 60 años o más
- Personalmente está proveyendo cuidado a un niño menor de 6 años que es un miembro de su grupo de FAP
- Incapacitado debido a daño, enfermedad física o mental
- Incapacitado o personalmente proveyendo cuidado a un miembro incapacitado de su grupo de FAP
- Asistiendo a la preparatoria o a un programa para la preparación de GED
- Una mujer embarazada con documentación de complicaciones médicas o empezando el sexto mes de embarazo
- Solicitante para ambos de SSI y FAP a través de la Administración de Seguro Social
- Participante en tratamiento del abuso de sustancias o en progamas de rehabilitación (Esto no incluye los reuniones de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos.)
- Solicitando a, recibiendo o apelando la negación de compensación de desempleo

Avise a su especialista tan pronto sea posible si usted tiene una buena razón por no cumplir con los requisitos de FAP, tal como falta de cuidado de niño, falta de transportación, o porque estuvo usted o su niño enfermo. No se reducirán su FAP si usted tiene "buena causa" por no cumplir con los requisitos de trabajo.

Oportunidades del Empleo Voluntario, Educación y de Entrenamiento

Los servicios del empleo pueden ser disponibles si usted está buscando trabajo o quiere buscar un mejor trabajo. Puede ser programas de educación o entrenamiento de trabajo disponibles en nuestra area. Participando en algunos de estos programas puede también resolver los requisitos de trabajo de FAP. Pregunte a su especialista de FIA o su agencia local de Michigan Works! para informarse sobre los programas voluntarios de educación y entrenamiento de trabajo que están disponibles.

ASISTENCIA DE ALIMENTOS DE PLAZOS LIMITADOS

Se aplican requisitos especiales de trabajo y plazos limitados si no está diferido de los requisitos de FAP y es un adulto sano (no incapacitado/a) quien es por lo menos 18 años de edad y menor de 50 años, y no tiene niños viviendo en su hogar (relacionado o sin relacionado). Su especialista le dará un "Aviso de Asistencia de Alimentos de Plazos Limitados" que explica estos requisitos. Si usted tiene preguntas, póngase en contacto con su especialista.

Toda la información se mantendrá confidencial.

DECLARACIONES

State of Michigan
Family Independence Agency

Esta es su copia de sus derechos y responsabilidades como un solicitante o recipiente de beneficios de asistencia. Al firmar la solicitud usted declara que entiende sus derechos y responsabilidades.

- 1. No se Discrimina.** De acuerdo con ley Federal y política de U.S. Department of Agriculture (USDA) y U.S. Department of Health and Human Services (HHS), esta institución se prohíbe de la discriminación a causa de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o incapacidad. Bajo la Acta de Estampillas de Alimentos y la política de USDA, discriminación se le prohíbe también en base de religión o creencias políticas.

Para archivar una queja de discriminación, comuníquese al USDA o HHS. Escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame a (202) 619-0403 (voz) o (202) 616-3257 (TDD). USDA y HHS son proveedores y empleadores de oportunidad igual.

Personas que no son ciudadanos quien vive en su hogar y que no desean solicitar por beneficios no tienen que proveer un Número de Seguro Social o información sobre su estado de inmigración. Otros miembros elegibles de su hogar todavía podrán recibir beneficios. Personas solicitando solamente para el Programa de Desarrollo y Cuidado Infantil no tienen que proveer un Número de Seguro Social y no tienen que proveer información sobre su estado de inmigración de ellos u otros en su hogar aparte de los niños para quien están pidiendo cuidado. Sin embargo, todas personas quien viven en su hogar tienen que proveer información sobre sus ingresos y recursos.

- 2. Reportando Cambios.** Entiendo que la agencia necesita saber de cualquier cambio sobre los ingresos o bienes de cada persona nombrada en la forma de solicitud. Reportaré cualquier cambio en mi arreglo de vivienda, tales como cambio de dirección, personas que vienen a vivir conmigo o se van de mi hogar, o se casan, etcétera. Le diré a la agencia de cualquier cambio(s) **dentro de diez días** de ocurrir el cambio. Entiendo que si intencionalmente **no** hago esto, se me puede ser procesado por fraude o perjurio.

Si yo empiezo a trabajar, debo reportar esto dentro de 10 días de la fecha de comienzo.

Los tipos de cambios que deben ser reportados **dentro de diez días** desde la fecha en que me doy cuenta de ellos son:

- El empleo empieza o termina
- Cambio de empleador
- Cambio en la cantidad de pago
- Cambio en horas de trabajo más de 5 horas por semana si va a durar más de un mes
- Ingresos que no sean del trabajo al empezar o terminar (ejemplos: Seguro Social, pensión, desempleo y retiro)
- Cambios más de \$50 por ingresos que no sean del trabajo desde el último cambio reportado
Excepción: Para Medicaid solamente (excepto por Healthy Kids), usted debe reportar un cambio de más de \$25.
- Primas de seguro de salud u hospital o cambio de cobertura
- Necesidad de cuidado de niños o cambios del proveedor
- Cambio de la dirección y los gastos del hogar
- Gastos pagados de sostenimiento para niños
- Cambio de personas en el hogar

Mi especialista me informará si mis requisitos de reportar cambian. Si yo tengo algunas dudas sobre como reportar un cambio, yo le preguntaré a mi especialista de Family Independence Agency.

FAVOR DE GUARDAR ESTA PAGINA.

- 3. Números de Seguro Social.** Entiendo que el número de seguro social es requerido por la ley federal (42USC, 1320b-7) para todas las personas solicitando asistencia. Si no tengo un número de seguro social para cada persona, la agencia me ayudará a aplicar para conseguir uno. Entiendo que si yo mismo aplico, incluyendo en el hospital al tiempo cuando nace mi hijo, tengo que proveer el número de seguro social a la agencia inmediatamente después de recibirlo. De no hacerlo, puede resultar en un sobrepago que tengo que repagar. Si está solicitando solamente CDC, al proveer su número de seguro social es voluntario y puede ser usado para establecer identidad, propósitos de rastreador y reporte. Extranjeros que no pueden conseguir un número de seguro social todavía pueden calificar para servicios de emergencia de Medicaid.
- 4. Sostenimiento para Niños.** Entiendo que tengo el derecho de reclamar buena causa por no cooperar en establecer paternidad y obtener sostenimiento para niños y que la cooperación no es requerida para recibir Medicaid para niños o mujeres embarazadas.
- 5. Excepciones de los Requisitos del Programa de Violencia Doméstica.** Entiendo que si ciertos requisitos del programa (tales como trabajo, buscando un trabajo o yendo a la escuela) me pusiera en peligro de abuso físico, emocional o sexual, exponerme a más daño o penalizarme injustificadamente, puede que haya excepciones disponibles. Más información sobre estas excepciones están disponibles de mi especialista si estoy interesado en requisitos de programas que pueden ser excepcionados. Usted está autorizado por los servicios completos de violencia doméstica. Póngase en contacto con su especialista o su FIA local para acceso a estos servicios.
- 6. Audiencias.** Yo entiendo que si **no** estoy de acuerdo con alguna decisión tomada en cualquier asunto tocante a mi caso, tengo el derecho de pedir una audiencia administrativa. Entiendo que puedo pedir información sobre una audiencia administrativa llamando a la oficina local de la Family Independence Agency y puedo pedir una audiencia administrativa escribiéndole a la oficina local de la Family Independence Agency. Para beneficios de Asistencia de Alimentos, puedo pedir una audiencia administrativa en persona, por escrito, o por teléfono.

Entiendo que si yo quiero que otra persona pida una audiencia por mi o me represente a mi, esa persona debe primero tener autorización escrita a menos que esa persona sea mi abogado, o para Medicaid solamente, mi esposa(o). Las audiencias administrativas de Family Independence Agency deben tener una de las siguientes:

 - mi declaración original firmada autorizando a la persona que pida una audiencia; **o**
 - una copia de la orden de la corte nombrando a la persona como mi guardián o tutor.

De otro modo, mi petición de audiencia será denegada.
- 7. Reglas de los Beneficios de Asistencia de Alimentos.** Entiendo que si en mi hogar recibe beneficios de Asistencia de Alimentos, tiene que seguir las reglas mencionadas abajo. También seguiré las instrucciones para reportar cambios como se describe en el asunto 2 de Declaraciones. Si mi hogar no reporta información de los cambios intencionalmente, quedará a deber el valor de cualquier cantidad de beneficios de Asistencia de Alimentos extras recibidos por resulta. Si se encuentra que alguna información no es correcta, se me puede negar los beneficios de Asistencia de Alimentos. También puedo ser sujeto a proceso criminal por dar información intencional falsa. Cualquier miembro de mi hogar que viole alguna de estas reglas intencionalmente será excluido del Programa de Asistencia de Alimentos para 1 año por la primera violación, 2 años por la segunda violación, y por vida en la tercera violación; multado hasta \$250,000, encarcelado hasta por 20 años, o ambos; y sujeto a un juicio legal bajo otras leyes federales aplicables. La corte también puede excluir a una persona del programa de Asistencia de Alimentos por 18 meses adicionales.

 - **NO** dé información falsa, o esconda información, para obtener o seguir recibiendo los beneficios de Asistencia de Alimentos.
 - **NO** cambie o venda los beneficios de Asistencia de Alimentos o las tarjetas "Bridge Card"
 - **NO** use la Asistencia de Alimentos para comprar artículos ilegales, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
 - **NO** use los beneficios de Asistencia de Alimentos o tarjetas electrónicas de otra persona para su hogar.

Si cualquier miembro de mi hogar ha sido encontrado culpable por la corte por tráfico de sustancias controladas (drogas) para Asistencia de Alimentos, ese miembro será sancionado del programa de Asistencia de Alimentos por 2 años por la primera

FAVOR DE GUARDAR ESTA PAGINA.

ofensa y por vida en la segunda ofensa. Si cualquier miembro de mi hogar ha sido encontrado culpable por la corte por comerciar con armas de fuego, municiones o explosivos por Asistencia de Alimentos, ese miembro será excluida del programa por vida. Si cualquier miembro de mi hogar ha sido encontrado culpable por traficar Asistencia de Alimentos de \$500 o más, ese miembro será excluida del programa por vida. Cualquier persona que obtiene beneficios de Asistencia de Alimentos en 2 o más casos al mismo tiempo será excluida del programa de Asistencia de Alimentos por 10 años.

- 8. Descalificación por Fraude.** Entiendo que puedo ser procesado por fraude si intencionalmente hago una declaración falsa o engañosa o falsifico, escondo o detengo datos con el propósito de establecer o mantener la elegibilidad de mi grupo para aumentar o para prevenir una reducción en los beneficios.

Cualquier persona que haya sido culpable de fraude, o que se declara culpable de fraude o renuncia sus derechos legales acerca de una acusación de fraude o Tráfico de FAP será excluida del Programa de Asistencia en Efectivo (FIP), Asistencia del Estado para Incapacitados (SDA) o Programa de Asistencia de Alimentos (FAP) por 1 año por la primera violación, 2 años por la segunda violación, y por vida por la tercera violación. Una persona que está convicta de hacer una declaración fraudulenta con respecto a su residencia para recibir asistencia al mismo tiempo de 2 o más casos no será elegible para el Programa de Asistencia en Efectivo por 10 años desde la fecha de convicción. La asistencia incluye programas financiados bajo el Título IV-A de la Acta de Seguro Social, Medicaid, beneficios de Asistencia de Alimentos e Ingreso de Seguridad Suplementaria. Estas penalidades especiales no lo prohíben de recibir asistencia médica.

- 9. Reembolso de Beneficios.** Entiendo que cualquier adulto en el hogar en el momento que ocurre un sobrepago de beneficios es responsable para reembolsar cualquier beneficios adicionales recibidos de FIA. Esto no se aplica a los errores de la Agencia en asistencia médica.

Un Representante Autorizado de Asistencia de Alimentos puede también ser responsable para reembolsar cualquier beneficios adicionales de Asistencia de Alimentos recibidos por error.

Si un sobrepago ocurre, la información en esta solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social, puede ser enviada a las agencias Federales, Estatales, y privadas para acciones de recolección.

- 10. Investigaciones.** Entiendo que mi solicitud puede ser una de las escogidas para una investigación completa y que un representante de Family Independence Agency puede visitarme en mi hogar y comunicarse con otras personas para verificar mi elegibilidad para la asistencia.

- 11. Comprobación por Computadora.** Entiendo que la información que doy en esta solicitud será verificada por comprobación por computadora con otras agencias públicas y privadas.

La información obtenida por medio de esta comprobación puede ser verificada por medio de contacto colateral cuando se encuentren discrepancias. La información puede afectar ambos de mi elegibilidad y el nivel de mis beneficios.

Los ingresos reportados por mi(s) empleador(es) al Michigan Department of Consumer and Industry Services serán comprobados con la información de ingresos que reporto a Family Independence Agency. Mi número de seguro social será usado para comprobar esta información. Durante todo el año, mi número de seguro social será comprobado con otras fuentes, tales como el Internal Revenue Service (IRS), compensación de desempleo, y Social Security Administration tocante a ingresos o bienes.

La información puede ser revelada a los oficiales de la ley con el propósito de aprehender a las personas que huyen o evitan la ley si estoy recibiendo FIP y Asistencia de Alimentos. Esto no aplica a la asistencia médica.

- 12. Información Médica.** Al firmar esta solicitud, entiendo que Family Independence Agency y Michigan Department of Community Health, pueden conseguir y usar* información médica necesaria acerca de mi o cualquier de mis menores en tutela o mis niños menores, incluyendo cualquier información relacionada con las enfermedades VIH, ARC, o SIDA si es aplicable. Esta información solamente será obtenida y usada como sea necesario para determinar elegibilidad para un programa específico o para otros asuntos administrativos del programa. El tratamiento de FIA de información de salud protegida (PHI) cumple con los requisitos de HIPAA.

*Algunos ejemplos de los usos son con auditores, cuidadores, etc. La ley estatal (MCL 333.5131(8)) provee que una persona que divulga información acerca de VIH, ARC, o SIDA con excepción que tiene permiso autorizado por escrito podrá ser juzgado "culpable de un delito menor con el castigo de encarcelamiento por **no** más de un año o una multa **no** más de \$5,000.00, o ambos, y es responsable por una demanda civil por daños reales o \$1,000.00, cual sea mayor, y gastos y costos razonables del abogado."

FAVOR DE GUARDAR ESTA PAGINA.

- 13. Coordinación de cuidado de salud y beneficios de participantes en programas de asistencia medica.** Entiendo que información necesario de mi (o mi niño o pupilo) puede ser compartida entre planes manejados para cuidado de la salud de Medicaid y programas para identificar todos de tales planes de salud y programas en que yo (o mi niño o pupilo) participe. También entiendo que los planes de salud, progamas, y proveedores quienes entregan cuidado de salud a mi (o mi niño o pupilo) pueden compartir información necesaria para manejar y coordinar cuidado de salud y beneficios. Esta información puede incluir, cuando aplicable, información acerca de VIH, ARC (relacionado con el SIDA), SIDA o otras enfermedades comunicables, información sobre comportamiento o servicios de salud mental, y recomendación o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas como permitidos por 42 CFR Parte 2.
- 14. Vacunas (Shots) Para Niños.** Si mi hogar es elegible para recibir beneficios del Programa de Asistencia en Efectivo (FIP), entiendo que la cantidad de estos beneficios será reducida por \$25.00 por cada mes que cualquiera de mis niños menor de seis (6) años de edad no esté vacunado como se recomienda por Michigan Department of Community Health.
- 15. Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC).** Entiendo que:
- Soy responsable por todos los costos de cuidado de niño, incluyendo beneficios que pueden haber sido autorizados pero por los cuales ya no califico, basado en un cambio de circunstancias.
 - No soy elegible para los beneficios de CDC antes que exista la necesidad o antes que la agencia reciba esta solicitud firmada.
 - Si un cambio reportado resulta en una reducción de beneficios, la reducción será hecha tan pronto como administrativamente sea posible por FIA, sin aviso previo.
 - Si soy aprobado para CDC, yo solamente puedo usar los servicios de cuidado de niños durante las horas que yo y todos los otros padres/padres subsitutos en mi hogar no estén disponibles debido a trabajo, clases para terminar la preparatoria, actividades aprobadas de educación y entrenamiento y actividades aprobadas por una condición social o de salud.
 - Para ser elegible para pago por CDC, el cuidado de niños debe ser provisto en Michigan por un/a:
 - Guardería con licencia
 - Casa con licencia de Cuidado de Grupo
 - Casa registrada de Cuidado Familiar
 - Ayudante de Cuidado inscrito por FIA que proporciona el cuidado de niños en el hogar donde el niño vive
 - Cuidador Familiar inscrito por FIA que proporciona el cuidado de niños en su hogar y
 - es un adulto y un abuelo(a)/abuelo(a) político(a), bisabuelo(a)/bisabuelo(a) político(a), tío(a)/tío(a) político(a), o hermano(a)/hermanastro(a) del niño necesitando cuidado, y
 - no vive en el mismo hogar del niño
 - Si uso un Ayudante de Cuidado, yo soy el empleador y responsable:
 - para discutir asuntos de salud y seguridad tales como: números de teléfono de emergencia, almacenaje de venenos, lavado de manos, cambio de pañales, procedimientos de disciplina y archivos de vacunas con el ayudante.
 - por la parte del empleador de cualquiera de los impuestos del mismo que necesiten ser pagados.
 - para obtener y guardar recibos para verificar el dinero que se le pagó a mi Ayudante de Cuidado por el cuidado de niños subsidiado por FIA. (Si mi Ayudante de Cuidado no es pagado, otro beneficios de FIA que yo recibo pueden ser afectados.)
 - Mi Ayudante de Cuidado o Cuidado Familiar no será inscrito y no recibirá pago, o su pago se terminará, si el/ella reporta, o una revisión de antecedentes criminales muestra que el/ella ha sido convicto de ciertos crímenes.
 - Mi Ayudante de Cuidado o Cuidado Familiar no será inscrito y no recibirá pago, o su pago se terminará, si el/ella (y/o por Cuidadores Familiares, cualquier adulto reportado como viviendo en su hogar) está en el Registro Central como perpetuador en un caso confirmado de Servicios de Protección de Niños.
 - Como condición de elegibilidad para CDC, es mi responsabilidad buscar otros beneficios por cual puedo ser elegible, tal como sostenimiento para niños, compensación de desempleo, etc., y tengo que cooperar en las acciones de sostenimiento para niños.

Estado de Michigan

Solicitud de Registración del Votante y Licencia de Manejar de Michigan/ Instrucciones de la Forma para Cambiar su Dirección en su Tarjeta de Identificación Personal

Usted puede usar esta forma para:

- Registrarse a votar en Michigan, o
- Cambiar su nombre o dirección en su registración de votar.

Para registrar a votar en Michigan usted debe:

- ser un residente de Michigan y la ciudad o municipalidad donde esta solicitando la registración para votar.
- ser un ciudadano de los Estados Unidos de America.
- tener por lo menos 18 años de edad (a la fecha de la elección).
- no estar en la cárcel o prisión.

El registro del votante y la dirección de la licencia de manejar deben ser igual:

La ley de Michigan requiere que se use la misma dirección para la licencia de manejar y para la registración del votante. Por lo tanto, si la dirección de residencia que usted proporciona en esta forma es diferente a la dirección que aparece en su licencia de manejar o documento de identificación personal emitido por el estado de Michigan, el Secretario de Estado cambiará automáticamente su licencia de manejar o documento de identificación personal para que corresponda con la dirección de residencia que usted ponga en esta forma. Si se hace un cambio de residencia, el Secretario de Estado le enviará por correo la dirección actualizada en una etiqueta adhesiva para su licencia de manejar o tarjeta de identificación personal.

Instrucciones especiales:

Cada persona que reside en Michigan vive ya sea en una ciudad o en una municipalidad. Si usted no sabe el nombre de su ciudad o municipalidad, por favor describa el lugar donde vive bajo el espacio que lleva como título "si no tiene número de casa o calle". El

proporcionar las intersecciones de calles/caminos y puntos de referencia ayudará al secretario en la identificación de su ciudad o municipalidad.

Por favor, firme y feche en los dos espacios marcados con una "X". Si sea necesario, la firma adicional servirá para preparar una lista de registración de votantes del pueblo.

Su solicitud no es válida hasta que sea aceptada por el secretario de la ciudad o municipalidad en que usted resida. Si usted tiene preguntas o no recibe una Tarjeta I.D. del Votante dentro de las tres semanas, póngase en contacto con el secretario de su ciudad o municipalidad.

Opción de dirección postal provisto:

Si usted prefiere recibir el correo relacionado con su tarjeta del registro del votante o licencia de manejar/identificación personal en una dirección que no es su dirección residencial, proporcione una dirección postal donde se indica en la forma. Si usted proporciona una dirección postal, no aparecerá en su tarjeta I.D. del votante o licencia de manejar/tarjeta de identificación personal.

Información sobre la registración para votar en una agencia:

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a declinar la registración para votar, o con su derecho a la privacidad de su decisión para registrarse o solicitar la registración para votar, puede presentar una queja ante el Secretary of State, P.O. Box 20126, Lansing, MI 48901-0726.

Para ser válida para la elección, la solicitud de registración de votante debe ser completa antes de la fecha del "cierre de la registración" para la elección venidera. Si la solicitud no está completa antes del "cierre de la registración" para la próxima elección, será válida para elecciones futuras.

Instrucciones para Registrarse por Correo

Doble la solicitud en tercios y grape o sujete con cinta adhesiva al fondo. Ponga la dirección y envíe por correo a su secretario local o del condado como se indica por el lado atrás.

Las solicitudes completas deben ser recibidas o mataselladas por el "cierre de la registración" para una próxima elección para ser efectivo para esa elección. Si la solicitud no se somete a tiempo para el "cierre de la registración" por la próxima elección, será efectivo para elecciones futuras.

¿Está usted registrándose para votar en Michigan por la primera vez?

Si usted nunca ha votado en Michigan y elige someter esta forma por correo, **usted debe aparecer en persona para votar en la primera elección en la cual usted desea participar.** Este requisito no se aplica si:

- (1) usted u otra persona entrega esta forma en persona a su oficina del secretario de su condado, ciudad o municipalidad en vez de enviar esta forma por correo, o
- (2) usted tiene 60 años de edad o mayor, o
- (3) usted esta incapacitado, o
- (4) usted es elegible para votar bajo el Acta de Votar para Ciudadanos Ausentes en el Extranjero y Militares (Uniformed and Overseas Citizens Absentee Voting Act).

Si usted nunca ha votado en Michigan y elige someter esta forma por correo, usted debe también resolver un nuevo requisito de la identificación proporcionado bajo la ley federal. Para conformarse con el requisito de la identificación, usted debe:

- (1) anotar correctamente su número de licencia de manejar emitido por el estado o número de la tarjeta de ID personal donde esta pedido en esta forma, o
- (2) mandar una de las formas siguientes de identificación cuando se envía esta forma por correo al secretario de su condado, ciudad o municipalidad: una COPIA de identificación de foto actual y válida (tal como una licencia de conducir o tarjeta de ID personal) o una COPIA de un talon de pago, cuenta de utilidades, cuentas bancarios o un documento del gobierno que lleva su nombre y dirección. **NO ENVIE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES POR CORREO.**

Si usted es sujeto al requisito de identificación y no cumpla con el requisito como se explica anteriormente, una forma aceptable de identificación será pedida antes que usted vota en la primera elección en la cual usted desea participar.

Nota: El requisito de identificación no se aplica si:

- (1) usted u otra persona entrega esta forma en persona a su oficina del secretario de su condado, ciudad o municipalidad en vez de enviar esta forma por correo, o
- (2) usted esta incapacitado, o
- (3) usted es elegible a votar bajo el Acta de Votar para Ciudadanos Ausentes en el Extranjero y Militares.

Si usted sabe o puede localizar la dirección correcta, envíe por correo su solicitud directamente a su registro de la ciudad o de la municipalidad. Si no, envíe esta forma a su registro de condado, que la remitirá.

Direcciones de Registros Seleccionados de la Ciudad

Usted debe vivir dentro de los límites de la ciudad para utilizar la dirección del registro de la ciudad

Ann Arbor	P.O. Box 8647, Ann Arbor, 48107-8647	Livonia	33000 Civic Center Dr, Livonia, 48154-3097
Battle Creek	10 N. Division St, Battle Creek, 49014-4004	Pontiac	47450 Woodward, Pontiac, 48342-5021
Bay City	301 Washington Ave, Bay City, 48708-5866	Roseville	29777 Gratiot, Roseville, 48066-0290
Dearborn	13615 Michigan Ave, Dearborn 48126-3586	Royal Oak	PO Box 64, Royal Oak, 48068-0064
Detroit	2978 W. Grand Blvd, Detroit, 48202-3069	Saginaw	1315 S. Washington, Saginaw, 48601-2599
Dearborn Heights	6034 Fenton, Dearborn Heights, 48127-3294	St. Clair Shores	27600 Jefferson Cr. Dr, St. Clair Shores, 48081-9971
East Lansing	410 Abbott Rd, East Lansing, 48823-3388	Southfield	PO Box 2055, Southfield, 48037-2055
Farmington Hills	31555 Eleven Mile Rd, Farmington Hills, 48336-1165	Sterling Heights	PO Box 8009, Sterling Heights, 48311-8009
Flint	1101 S. Saginaw, Flint, 48502-1416	Taylor	23555 Goddard, Taylor, 48180-4117
Grand Rapids	300 Monroe Ave. NW, Grand Rapids, 49503-2281	Troy	500 W Big Beaver, Troy, 48084-5285
Kalamazoo	241 W. South St, Kalamazoo, 49007-4796	Warren	29500 Van Dyke Ave, Warren, 48093-6726
Lansing	124 W. Michigan, Lansing, 48933-1694	Westland	36601 Ford Rd, Westland, 48185-2298
Lincoln Park	1355 Southfield Rd, Lincoln Park, 48146-2380	Wyoming	PO Box 905, Wyoming, 49509-0905

Direcciones de los Registros del Condado

Use si usted no puede localizar a su registro de la ciudad o del municipalidad

Alcona	P.O. Box 308, Harrisville, 48740-0308	Keweenaw	4th St., Eagle River, 49924-0007
Alger	101 Court St., Munising, 49862-1196	Lake	800 Tenth St., Suite 200, Baldwin, 49304-7971
Allegan	113 Chestnut St., Allegan, 49010-1350	Lapeer	255 Clay St., Lapeer, 48446-2298
Alpena	720 Chisholm St., Alpena, 49707-2488	Leelanau	P.O. Box 467, Leland, 49654-0467
Antrim	205 E. Cayuga, Bellaire, 49618-0520	Lenawee	425 N. Main, Adrian, 49221-2198
Arenac	P.O. Box 747, Standish, 48658-0747	Livingston	200 E. Grand River, Howell, 48843-2399
Baraga	16 N. 3rd St., L'anse, 49946-1085	Luce	407 W. Harrie St., Newberry, 49868-1208
Barry	220 W. State St., Hastings, 49058-0220	Mackinac	100 N. Marley, St. Ignace, 49781-1491
Bay	515 Center St., Bay City, 48708-5994	Macomb	40 N. Main St., Mt. Clemens, 48043-5661
Benzie	P.O. Box 398, Beulah, 49617-0398	Manistee	415 3rd St., Manistee, 49660-1606
Berrien	811 Port St., St. Joseph, 49085-1198	Marquette	234 W. Baraga Ave., Marquette, 49855-4782
Branch	31 Division St., Coldwater, 49036-1990	Mason	304 E. Ludington Ave., Ludington, 49431-2121
Calhoun	315 W. Green St., Marshall, 49068-1585	Mecosta	400 Elm St., Big Rapids, 49307-1849
Cass	P.O. Box 355, Cassopolis, 49031-0355	Menominee	839 10th Ave., Menominee, 49858-3000
Charlevoix	203 Antrim St., Charlevoix, 49720-1397	Midland	220 W. Ellsworth St., Midland, 48640-5194
Cheboygan	P.O. Box 70, Cheboygan, 49721-0070	Missaukee	P.O. Box 800, Lake City, 49651-0800
Chippewa	319 Court St., Sault Ste. Marie, 49783-2194	Monroe	106 E. 1st St., Monroe, 48161-2185
Clare	P.O. Box 438, Harrison, 48625-0438	Montcalm	P.O. Box 368, Stanton, 48888-0368
Clinton	P.O. Box 69, St. Johns, 48879-0069	Montmorency	P.O. Box 789, Atlanta, 49709-0789
Crawford	200 W. Michigan, Grayling, 49738-1798	Muskegon	990 Terrace, Muskegon, 49442-3378
Delta	310 Ludington St., Escanaba, 49829-4057	Newaygo	P.O. Box 885, White Cloud, 49349-0885
Dickinson	P.O. Box 609, Iron Mountain, 49801-0609	Oakland	1200 N. Telegraph, Pontiac, 48341-0413
Eaton	1045 Independence Blvd., Charlotte, 48813-1095	Oceana	P.O. Drawer 653, Hart, 49420-0653
Emmet	200 Division St., Petoskey, 49770-2444	Ogemaw	806 W. Houghton Ave., West Branch, 48661-1215
Genesee	900 S. Saginaw, Flint, 48502-1571	Ontonagon	725 Greenland Rd., Ontonagon, 49953-1492
Gladwin	401 W. Cedar Ave., Gladwin, 49624-2088	Osceola	301 W. Upton, Reed City, 49677-1149
Gogebic	200 N. Moore, Bessemer, 49911-1052	Oscoda	P.O. Box 399, Mio, 48647-0399
Grand Traverse	400 Boardman Ave., Traverse City, 49684-2577	Otsego	225 W. Main St., Gaylord, 49735-1393
Gratiot	P.O. Drawer 437, Ithaca, 48847-0437	Ottawa	414 Washington, Grand Haven, 49417-1494
Hillsdale	29 N. Howell St., Hillsdale, 49242-1698	Presque Isle	P.O. Box 110, Rogers City, 49779-0110
Houghton	401 E. Houghton Ave. Houghton, 49931-2099	Roscommon	P.O. Box 98, Roscommon, 48643-0098
Huron	250 E. Huron Ave., Bad Axe, 48413-1386	Saginaw	111 S. Michigan, Saginaw, 48602-2086
Ingham	P.O. Box 179, Mason, 48854-0179	Sanilac	60 W. Sanilac, Sandusky, 48471-1094
Ionia	100 Main St., Ionia, 48846-1697	Schoolcraft	300 Walnut, Manistique, 49854-1487
Iosco	P.O. Box 838, Tawas City, 48764-0838	Shiawassee	208 N. Shiawassee, Corunna, 48817-1491
Iron	2 S. 6th St., Crystal Falls, 49920-1495	St. Clair	201 McMorran Blvd., Port Huron, 48060-4082
Isabella	200 N. Main St., Mt. Pleasant, 48858-2393	St. Joseph	P.O. Box 189, Centreville, 49032-0189
Jackson	312 S. Jackson St., Jackson, 49201-2220	Tuscola	440 N. State St., Caro, 48723-1592
Kalamazoo	201 W. Kalamazoo Ave., Kalamazoo, 49007-3777	Van Buren	212 E. Paw Paw, Paw Paw, 49079-1496
Kalkaska	P.O. Box 10, Kalkaska, 49646-0010	Washtenaw	P.O. Box 8645, Ann Arbor, 48107-8645
Kent	300 Monroe N.W., Grand Rapids, 49503-2288	Wayne	211 City County Bldg., Detroit, 48226-3463
		Wexford	437 E. Division, Cadillac, 49601-1905

Solicitud de Registración del Votante de Michigan

Licencia de Manejar de Michigan/Forma para Cambiar su Dirección en su Tarjeta de ID Personal

(Para uso de agencias designados de Michigan solamente.)

Fecha _____

Iniciales _____

Comprobante de la Agencia)



Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿quisiera solicitar hoy su inscripción para votar?

SI - Si usted elige registrarse para votar, la oficina donde entregue su solicitud de registración para votar se mantendrá confidencial, y solamente se usará por propósitos de registración de votante.

NO - Si usted se niega a registrarse a votar, el hecho de que usted se negó a registrarse se mantendrá confidencial y solamente se usará por propósitos de registración de votante.

El solicitar o negar de registrarse no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le brindará. Si usted no marca ninguna de las cajas, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en este momento.

Firma del Solicitante _____ Dirección _____

Si usted marcó SI, lea las instrucciones e información y complete la solicitud más abajo; le darán esta porción como su recibo. Si usted quisiera ayuda a llenar la forma para la solicitud de Registración del Votante, nosotros le ayudamos. La decisión de conseguir o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado. Si usted decide, podrá llevarse esta forma y completarla y enviarla por correo como indicado.

POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE LA INFORMACION EN LETRA DE MOLDE

Solicitud de Registración del Votante del Estado de Michigan

y Licencia de Manejar de Michigan/Forma para Cambiar su Dirección en su Tarjeta de ID Personal (Solamente para el uso de la Agencia designada por Michigan)

Este Espacio Solamente Para el Uso de la Agencia
Date Application Received:

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?

Sí No

¿Usted tendrá 18 años de edad en o antes del día de la elección?

Sí No

Si usted marcó "No" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, NO complete esta forma.

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Dirección donde vive (número de casa y calle/camino)					No. de Apt./No. de Lote
Ciudad	MI	Zona Postal		Teléfono (opcional) ()	
Si usted no tiene un número de casa o calle/camino, describa el lugar donde vive - intersecciones de calle/camino, punto de referencia, etc.					
<input type="checkbox"/> Ciudad o <input type="checkbox"/> Municipalidad donde vive		Condado donde vive		Distrito de Escuela (si se sabe)	
Dirección Postal (si es diferente)		<input type="checkbox"/> Para uso en la Licencia de Manejar/ID Personal y Registración del Votante <input type="checkbox"/> Para uso solamente en la Registración del Votante			
Fecha de Nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Número ID <i>marque la caja aplicable y proporcione el número apropiado</i>					
<input type="checkbox"/> Tengo una licencia de manejar emitido por el estado o tarjeta de ID personal # _____					
<input type="checkbox"/> No tengo una licencia de manejar emitido por el estado o tarjeta de ID personal. Los último cuatro dígitos de mi número de Seguro Social son _____					
<input type="checkbox"/> No tengo una licencia de manejar o tarjeta de ID personal emitido por el estado, o un Número de Seguro Social. <i>Un número ID será asignado para los propósitos de registración del votante.</i>					
¿Está usted aún registrado para votar en su última dirección?					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé (Si usted marcó "Sí" o "No sé" ingrese su última dirección)					
Dirección Anterior		Nombre de: <input type="checkbox"/> Ciudad o <input type="checkbox"/> Municipalidad		Condado	
Estado	Zona Postal	Registro bajo el nombre de: (si es diferente que el anterior)			

Declaración del Votante - Lea y firma. Certifico que:

- Soy ciudadano de los Estados Unidos.
- Soy residente del estado de Michigan y para el día de la elección habré cumplido por lo menos 30 días como residente de mi ciudad o municipalidad.
- Tendré por lo menos 18 años de edad a la fecha de la elección.
- Autorizo la terminación de cualquier registración anterior.
- La información que he proporcionado es la verdad al mejor de mi conocimiento bajo pena de perjurio. Si he proporcionado la información falsa, puedo ser sujeto a una multa o prisión o ambos bajo las leyes federales o estatales.

FORM # NSP-938B-SP (Rev. 5-04) Previous edition may be used.

X _____
Firma de Solicitante Fecha

X _____
Firma de Solicitante Fecha

Firme y feche ambos espacios proporcionados arriba.

Coloque
la Estampilla
Correspondiente
Aquí

Secretaria de

(Clerk of) _____ Condado, Ciudad o Pueblo

Dirección _____

MI

Ciudad _____ Zona Postal



